

緊急通報装置貸与申請書

中井町長 殿

申請者 住所

氏名

次のとおり申請します。

対象者	住所			
	氏名		生年月日 及び年齢	年 月 日 (歳)
	電話			性別 男 ・ 女
	身体障害者 手帳の有無	有 ・ 無	有の場合 都道府県 号 種 級	
	要介護度		既往歴	
	かかりつけ 医療機関		主治医	
緊急連絡先①	住所			
	氏名			
	電話			
緊急連絡先②	住所			
	氏名			
	電話			
民生委員意見	民生委員氏名			

緊急通報装置の貸与決定事務にあたり、世帯の状況を住民基本台帳により確認することについて同意します。また、貸与が決定された場合、申請内容を委託業者及びその他必要な範囲で関係者へ提示することについて同意します。

年 月 日

氏名